Patientfall akut bronkit

Johan, 38 år, söker vårdcentralen då han fick hosta och feber för en vecka sedan. Hostan är fortsatt besvärlig, särskilt på natten varför han har svårt att sova. De slemmiga upphostningarna har nu fått en gulgrön färg. Johan har inte någon febertermometer, men han är säker på att han hade feber de första dagarna. Nu tror han att han är feberfri. Han har läst på nätet om mycoplasma och nu vill han att man tar ett prov för detta.

Frågor

1. Vad behöver vi veta mer i telefonen? Vad kan vara varningssignaler som vi behöver uppmärksamma?

Johan är i övrigt frisk. Han har inte försämrats under infektionens förlopp. Han har inte hört några pipande eller väsande ljud när han andas ut och har inte några andningsbesvär.

Då det idag verkar vara en ovanligt lugn dag i telefonen får han en tid till läkare för bedömning.

2. Vilka undersökningar inklusive status bör göras?

3. Är CRP till hjälp i diagnostiken?

4. Har färgen på upphostningarna någon betydelse?

5. Kan det vara en mycoplasma- eller Chlamydophila pneumoniae infektion?

6. Skulle Johan bli frisk fortare om han fick antibiotika?

7. Vilka råd kan vi ge till patienter med akut bronkit?

8. Hur länge hostar man vid en akut bronkit?

9. Vad gör man om hostan fortsätter betydligt längre än så?

10. När ska man misstänka pneumoni? Hur kan man skilja akut bronkit från pneumoni?

Handledarmanual – patientfall akut bronkit

1. **Vad behöver vi veta mer i telefonen? Vad kan vara varningssignaler som vi behöver uppmärksamma?**
    - Hur är allmäntillståndet?
    - Andfåddhet eller bröstsmärta?
    - Tagit febernedsättande, smärtstillande eller hostdämpande?
    - Är det någon annan i omgivningen som är sjuk?
    - Har han haft svullna underben?
    - Hur länge har han varit sjuk? Har symtomen ändrats med tiden?
    - Andra sjukdomar?

Varningssignaler kan vara om infektionen förvärras i stället för förbättras med tiden, att han upplever andningsbesvär eller om man märker av dyspné eller ökad andningsfrekvens i telefonsamtalet.

Johan är i övrigt frisk. Han har inte försämrats under infektionens förlopp. Han har inte hört några pipande eller väsande ljud när han andas ut och har inte några andningsbesvär.

Då det idag verkar vara en ovanligt lugn dag i telefonen får han en tid till läkare för bedömning.

2. **Vilka undersökningar inklusive status bör göras?**

Patienter med akut bronkit har en infektionsrelaterad hosta, med eller utan slembildning.

- Bedöm allmäntillståndet: Hur sjuk är patienten?
- Auskultera lungorna: Vid akut bronkit är det vanligt med spridda biljud bilateralt. Lätt obstruktivitet är inte ovanligt.
- Räkna andningsfrekvensen: Vid luftvägsinfektion, i synnerhet vid allmänpåverkan, är det viktigt att räkna andningsfrekvensen (kanske den viktigaste undersökningen av alla). Avled gärna uppmärksamheten genom att palpera pulsen eller auskultera hjärtat. Vid akut bronkit ska andningsfrekvensen vara normal (<20 andetag/minut).
  Ett enkelt sätt att snabbt få en uppfattning om andningsfrekvensen är att själv andas i samma takt som patienten. Känns det bra är andningsfrekvensen sannolikt normal.
- Mät temperaturen: Viktigt vid all infektionsbedömning.
- Hjärtauskultation: Takykardi?
- Vid tecken på allmänpåverkan: Blodtrycksmätning + pulsoximetri.

3. Är CRP till hjälp i diagnostiken?

I normalfallet har man inte nytta av CRP vid akut bronkit. I tveksamma fall kan CRP vara användbart, var god se avsnittet ”Oklar nedre luftvägsinfektion” under punkt 9.

4. Har färgen på upphostningarna någon betydelse?

Färgen på upphostningarna saknar betydelse.
Undantag: Vid akut exacerbation av kronisk bronkit/KOL kan patienten ha nytta av antibiotika om man har minst två av följande symtom: purulent sputum, ökad sputumproduktion eller ökad dyspné.

5. Kan det vara en mycoplasma- eller Chlamydophila pneumoniae infektion?

De flesta som smittas av Mycoplasma pneumoniae eller Chlamydophila pneumoniae (tidigare Chlamydia pneumoniae, TWAR) får förkylningssymtom och/eller en akut bronkit. Det är bara en liten andel som får pneumoni. Därför kan Johan mycket väl ha en sådan infektion. Luftvägsinfektioner orsakade av Mycoplasma pneumoniae eller Chlamydophila pneumoniae utan pneumoni läker spontant och ska inte behandlas med antibiotika. Därför finns det inte någon anledning att ta prov för mycoplasma eller Chlamydophila pneumoniae vid akut bronkit.
Om vårdcentralen har en hög förskrivning av doxycyklinpreparat beror detta ofta på att man felaktigt förskriver doxycyklin vid misstanke om mycoplasmaorsakad akut bronkit. Hur ser doxycyklinförskrivningen ut på er vårdcentral? Finns det en förbättringspotential?

6. Skulle Johan bli frisk fortare om han fick antibiotika?

Antibiotika har ingen effekt vid akut bronkit oavsett genes (klassiska bakterier, virus eller mycoplasma). Avstå från att förskriva antibiotika vid akut bronkit. Informera istället om att akut luftrörskatarr är en självläkande infektion som blir bra lika fort utan antibiotika.

Inte ens vid kikhosta har antibiotika någon effekt på symtomen, utom möjligen vid mycket tidigt insatt behandling. Behandling vid kikhosta kan övervägas för att minska smitta i händelse av att det finns spädbarn som kan exponeras. Vid misstanke om kikhosta, läs på viss.nu om hur du ska göra.

7. Vilka råd kan vi ge till patienter med akut bronkit?

Informera om normalförlopp och eventuella komplikationer att uppmärksamma. Är patienten rökare, ge råd om rökstopp. Dela gärna ut Folkhälsomyndighetens patientinformation: ”Råd och fakta om antibiotikaanvändning - Antibiotika och luftrörskatarr”, länk finns i referenslistan.

8. Hur länge hostar man vid en akut bronkit?

Hostan är ofta besvärlig och pågår i genomsnitt i 3 veckor. Man kan hosta upp till 6 veckor.

9. Vad gör man om hostan fortsätter betydligt längre än så?

Vid hosta >6 veckor, överväg spirometri och lungröntgen. Tuberkulos är en viktig differentialdiagnos vid långvarig hosta, i synnerhet om patienten tillhör en riskgrupp.

10. När ska man misstänka pneumoni? Hur kan man skilja akut bronkit från pneumoni?

Misstänk pneumoni om allmäntillståndet är påverkat och patienten har symtom/fynd som vid pneumoni. Det är mycket värdefullt att mäta andningsfrekvensen, >20 andetag per minut talar för pneumoni (även andra allvarliga infektioner och sjukdomstillstånd kan ge en förhöjd andningsfrekvens).
Vanliga symtom vid pneumoni: Feber, hosta, dyspné, nytillkommen uttalad trötthet och andningskorrelerad bröstsmärta.
Vanliga statusfynd vid pneumoni: Fokalt nedsatta andningsljud, fokala biljud (rassel/ronki) eller dämpning vid perkussion. Vid pneumoni har patienten ofta en andningsfrekvens >20 andetag per minut och/eller takykardi >120 hjärtslag per minut.

Vid mindre tydlig klinisk bild med till exempel hosta, feber, subjektiva andningsbesvär och viss allmänpåverkan kan CRP ge vägledning, men måste bedömas i relation till sjukdomsduration. Det kan ta ett dygn innan CRP stiger.
CRP <20 mg/L efter minst 24 timmars sjukdomsduration utesluter med hög sannolikhet pneumoni, avstå från antibiotika.
Överväg antibiotika om CRP är >100 och patienten samtidigt har en klinisk bild som talar för pneumoni.
Symtom enligt ovan >1 vecka och samtidigt CRP >50 talar för pneumoni, överväg antibiotika.
Vid kvarstående osäkerhet: I första hand aktiv exspektans. Lungröntgen kan övervägas.

Referenser

• Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård. Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Strama. "Regnbågsbroschyren"

• Råd och fakta om antibiotikaanvändning - Antibiotika och luftrörskatarr. Patientinformation från Folkhälsomyndigheten. Informationsblad från Folkhälsomyndigheten

Fallet omarbetat från VG-regionens fall för kontaktläkare i primärvården.

Uppdaterat 2025-03-20